



Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Hipovolemia dengan *Dengue Haemorrhagic Fever* di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa

Rosiani¹, Evi Vestabilivy²

Nursing Care of Clients who Experienced Hypovolemia with Dengue Haemorrhagic Fever at Air Force Hospital dr. Esnawan Antariksa

Abstrak

Demam berdarah dengue penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dengan manifestasi klinis demam, nyeri otot dan nyeri sendi yang disertai leukopenia, ruam. hipovolemia adalah penurunan cairan intravaskuler, interstisial, dan intraseluler. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipovolemia dengan demam berdarah dengue. Metode yang digunakan adalah penelitian kualitatif deskriptif pendekatan studi kasus dengan intervensi. Partisipan dalam studi kasus ini meliputi klien, keluarga dan perawat ruangan. Hasil pengkajian menunjukkan keluhan utama klien adalah demam 3-5 hari, mukosa bibir tampak kering, turgor kulit tidak elastis, kulit pucat, mata cekung. Berdasarkan data tersebut ditegakkan diagnosis keperawatan hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler. Perencanaan mencakup penetapan prioritas masalah keperawatan yaitu hipovolemia karena berdasarkan teori hierarki kebutuhan manusia menurut Maslow, cairan dalam tubuh diutamakan karena kebutuhan fisiologis, tujuan yang diharapkan adalah *balance* cairan seimbang serta kriteria hasil yang diinginkan tercapai yaitu mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, klien tidak lemas. Intervensi yang dilakukan untuk seimbangkan cairan yaitu: ukur *intake* dan *output*, kolaborasi pemberian cairan infus, anjurkan klien banyak minum 1.500-2.000 ml/hari. Setelah dilakukan intervensi sesuai dengan pelaksanaan keperawatan klien mengatakan sudah tidak lemas lagi dan sudah mampu menghabiskan minum 1.500 ml/hari. Hasil data evaluasi yang didapat pada diagnosis hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler pada klien pertama sudah teratasi, dibuktikan dengan *balance* cairan 0 dan klien kedua belum teratasi, dibuktikan dengan *balance* cairan -45. Cairan dalam tubuh klien sangat diutamakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipovolemia dengan demam berdarah dengue.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Demam Berdarah Dengue, Hipovolemia

Abstract

Dengue hemorrhagic infectious disease caused by dengue virus with clinical manifestations of fever, muscle aches and joint pain accompanied by leukopenia, rash. Hypovolaemia is a decrease in intravascular, interstitial, and intracellular fluids. This study aims to obtain a description of the implementation of nursing care on clients who have hypovolemia with dengue hemorrhagic fever. The method used is qualitative research descriptive approach case study with intervention. Participants in this case study included clients, families and nurses. Assessment results show the main complaints of the client is 3-5 days of fever, mucosa lips appear dry, skin turgor is not elastic, pale skin, sunken eyes. Based on these data enforced hypovolemia nursing diagnoses associated with increased permeability of capillary walls. Planning involves the determination of priority nursing problems that is hypovolemia because based on hierarchy theory of human need according to maslow fluid in the body in priority because physiological requirement, the expected goal is balanced balance of fluids, and the desired result criteria is reached that is moist lips mucosa, elastic skin turgor, limp. Interventions performed to balance the fluid that is, measure the intake and output, collaboration intravenous fluids, encourage the client to drink 1,500-2.000ml / hari. After the intervention in accordance with the implementation of nursing clients say it is not weak again and was able to spend drink 1.500ml / day. The results of the evaluation data obtained on the hypovolemia diagnosis relate to the increased permeability of the capillary wall, in the first the client has been resolved proved by the liquid balance 0 and the second client has not been resolved evidenced by the liquid -45 balance. The fluid in the body of the client is very important, so the importance of providing nursing care to clients who have hypovolemia with dengue hemorrhagic fever.

Keywords: Nursing Care, Dengue Hemorrhagic Fever, Hypovolaemia

¹ Mahasiswa Prodi Keperawatan STIKES Persada Husada Indonesia

² Dosen Prodi Keperawatan STIKES Persada Husada Indonesia

Pendahuluan

Demam berdarah dengue atau dengue haemorrhagic fever adalah penyakit akut yang disebabkan oleh virus dengue (*Albovirus*) dan ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* dan *aedes albopictus*. (Kartika Wijayaningsih, dkk, 2013). Pada DBD terjadi perembesan plasma yang ditandai dengan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) sehingga klien DBD sangat berisiko mengalami kehilangan cairan dan memerlukan terapi cairan untuk mengatasi masalah hipovolemia. Faktor-faktor yang mempengaruhi jumlah cairan adalah umur, jenis kelamin, dan kandungan lemak tubuh. Secara umum diketahui, orang yang lebih muda mempunyai persentase cairan tubuh yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang lebih tua, dan pria secara proporsional mempunyai lebih banyak cairan tubuh dibandingkan dengan wanita. Orang yang gemuk mempunyai jumlah cairan yang lebih sedikit dibandingkan dengan orang yang kurus, karena sel lemak mengandung sedikit air.

Indonesia adalah daerah endemis dengue dan mengalami epidemik sekali dalam 4-5 tahun dengan puncak epidemik berulang setiap 9-10 tahun. Pada tahun 2013, jumlah penderita demam berdarah dengue yang laporkan banyak 112.511 kasus dengan jumlah kematian 871 orang (*incidence rate/angka kesakitan* = 45,85 per 100.000 penduduk dan *CFR/angka kematian* = 0,77%). Terjadi peningkatan sebesar 90.245 kasus dengan IR 37.27 (Sudarto, 2013). Angka kejadian demam berdarah dengue di Jakarta tahun 2016 sebanyak 22.697 orang penderita DBD, dengan jumlah kematian 28 orang. Angka tertinggi DBD di Provinsi DKI Jakarta ada di wilayah Jakarta Timur sebesar 6.438 kasus. Jumlah DBD tahun 2016 lebih rendah dibanding kasus tahun 2015 sebesar 8.347 kasus di Jakarta Barat. Hal ini terjadi karena telah meningkatnya kualitas lingkungan dan hidup masyarakat di wilayah Jakarta Timur yang selama ini merupakan wilayah endemik demam berdarah dengue.

Menurut angka kesakitan pada kasus dengue haemorrhagic fever di ruang Merpati dan Garuda di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.

Esnawan Antariksa Jakarta Timur yaitu di ruangan Merpati tiga bulan terakhir adalah berjumlah 58 orang dari 285 pasien yang dirawat dan di ruangan Garuda adalah berjumlah 49 orang dari 276 pasien. Berdasarkan data tersebut menunjukkan cukup tingginya angka kejadian pada kasus demam berdarah dengue sehingga masalah kesehatan ini dapat menjadi kejadian luar biasa di Indonesia. Apabila penyakit ini tidak segera ditangani akan menyebabkan komplikasi lebih lanjut di antaranya adalah penurunan kesadaran, efusi pleura, *dengue shock syndrome* (DSS) dan kematian. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipovolemia dengan demam berdarah dengue di RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta.

Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus dengan intervensi. Partisipan dalam penelitian ini yaitu 2 orang klien, 2 orang keluarga dan 1 orang perawat ruangan. Adapun partisipan dalam penelitian ini adalah klien yang memiliki masalah keperawatan dan diagnosis medis yang sama yaitu klien yang mengalami hipovolemia dengan demam berdarah dengue sedangkan karakteristik yang digunakan yaitu klien dengan suhu tubuh di atas normal 37°C, klien yang mengalami demam sudah lebih dari 3 hari dan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya trombositopenia.

Penelitian dilaksanakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta Timur sejak Maret-April 2018 di ruang Rawat Inap (Ruang Garuda dan Merpati). Penelitian dilakukan sejak pertama klien masuk rumah sakit atau dirawat minimal 3 hari. Metode yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi dan angket. Uji keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/tindakan dan menggunakan triangulasi. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 2 jenis triangulasi yaitu triangulasi metode dan triangulasi sumber informasi. Analisis data dilakukan dengan cara: pengumpulan data,

reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Etika penelitian yang mendasari penelitian yaitu *informed consent* (persetujuan menjadi responden), *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentiality* (kerahasiaan).

Hasil dan Pembahasan

a. Pengkajian

Matriks 1. Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
1. Nama klien	Ny. K	Tn. A
2. Umur	50 Thn	25 Thn
3. Agama	Islam	Islam
4. Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Pegawai swasta
5. Status perkawinan	Menikah	Menikah
6. Suku Bangsa	Indonesia	Indonesia
7. Pendidikan	SMA	SMA
8. Bahasa yang digunakan	Indonesia	Indonesia
9. Alamat	Jln. Kokroso No. 909 Komplek Dirgantara 3, Halim	Jln. Pondok Bambu RT.13/09, Duren Sawit.
10. Sumber biaya (pribadi, perusahaan, lain-lain)	BPJS	BPJS
11. Sumber Informasi (klien/keluarga)	Klien, keluarga dan perawat ruangan, buku status klien	Klien, keluarga dan perawat ruangan, buku status klien
12. Dx Medis	Dengue Haemorrhagic Fever	Dengue Haemorrhagic Fever

Matriks 2. Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Lemah, Nyeri di bagian lutut dan bagian siku tengah, demam 3 hari, pusing. Faktor pencetus: aktivitas yang berlebihan, timbulnya keluhan secara bertahap, lamanya keluhan 1 hari. Cara mengatasi dengan minum obat dan istirahat.	Pusing, demam sudah 5 hari yang lalu. Badan hangat, lemas. Faktor pencetus: aktivitas, timbulnya keluhan secara bertahap, lamanya keluhan 5 hari. Cara mengatasi dengan minum obat paracetamol dan istirahat.
Riwayat penyakit sekarang	Demam berdarah dengue	Demam berdarah dengue
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan trombositnya suka turun. Riwayat alergi obat tidak ada, alergi makanan: udang, cumi-cumi, kerang, dan <i>seafood</i> , alergi binatang dan lingkungan tidak ada. Tidak ada riwayat pemakaian obat.	Klien mengatakan pada Tahun 2014 pernah mengalami demam berdarah dengue. Riwayat alergi tidak ada dan ada riwayat pemakaian obat paracetamol.
Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko	Tidak ada riwayat penyakit anggota keluarga yang menjadi faktor risiko	Kakak klien pernah mengalami demam berdarah dengue

Riwayat psikososial dan spiritual	Orang yang dekat dengan klien: suami dan anaknya, interaksi dalam keluarga: Terbuka, Pola komunikasi: baik, Pembuatan keputusan: Suami, Kegiatan kemasyarakatan: Gotong royong membersihkan lingkungan rumah. Dampak penyakit klien terhadap keluarga: keluarga merasa sedih dengan kondisi klien ,masalah yang mempengaruhi klien: masalah kesehatannya sekarang, mekanisme koping: Tidur, hal yang dipikirkannya: anak, klien berharap sembuh dari penyakitnya, perubahan yang dirasakan klien BB menurun sebelum sakit 61 Kg, sesudah sakit 60 Kg. Nilai yang bertentangan dengan kesehatan: aktivitas berlebihan, aktivitas agama: sholat, kondisi lingkungan rumah bersih sampah dibuang tempat sampah.	Orang yang dekat dengan klien: istri dan anaknya, interaksi dalam keluarga: Terbuka, pola komunikasi: baik, Pembuatan keputusan: Suami, kegiatan kemasyarakatan: Ikut gotong royong antar RT. Dampak penyakit: keluarga merasa sedih dengan kondisi klien, masalah kesehatannya sekarang, Mekanisme koping: pemecahan masalah, klien memikirkan istri dan anaknya, harapan setelah menjalani perawatan klien berharap penyakitnya sembuh, perubahan setelah jatuh sakit: mudah lemas merasa tidak ada tenaga, nilai yang bertentangan dengan kesehatan: Pekerjaan, aktivitas agama: Sholat. Kondisi lingkungan rumah bersih, karena istri klien sering membersihkan lingkungan rumah dan ada tempat buang sampah.
-----------------------------------	--	---

Matriks 3. Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola nutrisi	<p>Sebelum di rumah sakit: frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi habis, makanan yang tidak disukai tidak ada.</p> <p>Sesudah di rumah sakit: frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan ½ porsi, makanan yang tidak disukai tidak ada, makanan yang membuat alergi: udang, cumi, kerang dan <i>seafood</i>, makanan pantangan tidak ada, makanan diet tidak ada, penggunaan obat sebelum makan tidak ada</p>	<p>Sebelum di rumah sakit: frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi habis, makanan yang tidak disukai tidak ada.</p> <p>Sesudah di rumah sakit: frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan 1 porsi, makanan yang tidak disukai tidak ada, makanan yang membuat alergi tidak ada, makanan pantangan tidak ada, makanan diet tidak ada, penggunaan obat sebelum makan tidak ada, penggunaan alat bantu (NGT,dll) tidak ada.</p>
Pola eliminasi	<p>Sebelum di rumah sakit: BAK: frekuensi 6-7x/hari, warna kuning, keluhan tidak ada, penggunaan alat bantu (kateter, dll) tidak ada.</p> <p>Sesudah di rumah sakit: BAK: frekuensi 5x/hari, warna kuning, keluhan tidak ada, penggunaan alat bantu (kateter, dll) tidak ada</p> <p>Sebelum di rumah sakit:</p>	<p>Sebelum di rumah sakit: BAK: frekuensi 5x/hari, warna kuning,keluhan tidak ada, penggunaan alat bantu (kateter, dll) tidak ada.</p> <p>Sesudah di rumah sakit: BAK: frekuensi 4x/hari, warna kuning, keluhan tidak ada, penggunaan alat bantu (kateter, dll) tidak ada</p> <p>Sebelum di rumah sakit:</p>

	<p>Frekuensi 3x/hari, waktu tidak tentu, warna kuning, konsistensi setengah padat, keluhan tidak ada, penggunaan laxative tidak ada</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>BAB: frekuensi 1x/hari, waktu pagi hari, warna kuning, konsistensi setengah padat, keluhan nyeri saat mengeluarkan BAB, penggunaan laxatif tidak ada.</p>	<p>Frekuensi 3x/hari, waktu pagi, siang, dan malam, warna kuning, konsistensi setengah padat, keluhan tidak ada, penggunaan laxative tidak ada</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>BAB: frekuensi 1x/hari, waktu di pagi dan malam hari, warna kuning, konsistensi setengah padat, keluhan tidak ada, penggunaan laxative tidak ada.</p>
<i>Pola personal hygiene</i>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Mandi: frekuensi 2x/hari, waktu pagi dan sore.</p> <p><i>Oral hygiene</i>: frekuensi 2x/hari, waktu pagi dan sore.</p> <p>Cuci rambut: frekuensi 5x/minggu.</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>Mandi: frekuensi 1x/hari, waktu pagi hari.</p> <p><i>Oral hygiene</i>: frekuensi 2x/hari, waktu pagi dan sore.</p> <p>Cuci rambut: frekuensi 1x/minggu.</p>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Mandi: frekuensi 3x/hari, waktu pagi, siang dan malam.</p> <p><i>Oral hygiene</i>: frekuensi 3x/hari, waktu pagi, siang dan malam.</p> <p>Cuci rambut: frekuensi 7x/minggu.</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>Mandi: frekuensi belum ada mandi selama di RS.</p> <p><i>Oral hygiene</i>: frekuensi 1x/hari, waktu pagi hari.</p> <p>Cuci rambut: tidak ada</p>
<i>Pola istirahat dan tidur</i>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Lama tidur siang: 4 jam</p> <p>Lama tidur malam: 8 jam</p> <p>Kebiasaan sebelum tidur: nonton TV.</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>Lama tidur siang: 2 jam.</p> <p>Lama tidur malam: 7 jama, kebiasaan sebelum tidur nonton TV dan ngobrol sama suami.</p>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Lama tidur siang: 1 jam</p> <p>Lama tidur malam: 9 jam</p> <p>Kebiasaan sebelum tidur: Nonton Tv.</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>Lama tidur siang: tidak biasa tidur.</p> <p>Lama tidur malam: 5 jam, kebiasaan sebelum tidur main HP, nonton TV.</p>
<i>Pola aktivitas dan latihan</i>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Waktu bekerja: pagi dan sore, olahraga tidak ada, keluhan dalam beraktivitas mudah letih.</p> <p>Sesudah di Rumah sakit:</p> <p>Aktivitas klien di RS tiduran dan nonton TV.</p>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Waktu bekerja: pagi sampai sore, Olahraga tidak ada, keluhan dalam beraktivitas suka sesak nafas.</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>Aktivitas klien di RS tiduran, main Hp sambil nonton TV.</p>
<i>Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan</i>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Merokok tidak pernah dan minuman keras/NAPZA tidak pernah.</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>Merokok tidak pernah dan minuman keras/NAPZA tidak pernah.</p>	<p>Sebelum di rumah sakit:</p> <p>Merokok tidak pernah dan minuman keras/NAPZA tidak pernah.</p> <p>Sesudah di rumah sakit:</p> <p>Merokok tidak pernah dan minuman keras/NAPZA tidak pernah.</p>

Matriks 4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien 1	Klien 2
Suhu:	38°C	40°C
Nadi:	100x/menit	84x/menit
Tekanan darah:	130/90 mmhg	120/80 mmhg
Pernafasan:	20x/menit	20x/menit
GCS:	4,5,6	4,5,6
Berat badan:	50 Kg	43 Kg
Tinggi badan:	155 cm	165 cm
Keadaan umum:	Sedang	Sedang
Kesadaran:	Compos Mentis	Compos Mentis
Pembesaran getah bening:	Tidak ada	Tidak ada
Sistem pengelihatn	Inspeksi: Sisi mata simetri, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi pengelihatn baik, tanda-tanda radang tidak ada, pemakaian kacamata tidak, pemakaian lensa kontak tidak, reaksi terhadap cahaya normal	Inspeksi: Sisi mata simetri, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sclera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi pengelihatn baik, tanda-tanda radang tidak ada, pemakaian kacamata tidak, pemakaian lensa kontak tidak, reaksi terhadap cahaya normal.
Sistem pendengaran	Inspeksi: Daun telinga normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak, tinnitus tidak, fungsi pendengaran normal, gangguan keseimbangan tidak, pemakaian alat bantu tidak	Inspeksi: Daun telinga normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak, tinitus tidak, fungsi pendengaran normal, gangguan keseimbangan tidak, pemakaian alat bantu tidak
Sistem wicara	Inspeksi: Bicara jelas dan dapat dimengerti	Inspeksi: Bicara jelas dan dapat dimengerti
Sistem pernafasan	Inspeksi: Jalan nafas bersih, tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi: 20x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan, kedalamam: dalam, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak terdapat darah, Palpasi: Perkusi: normal Auskultasi: suara nafas vesikuler Inspeksi: tidak nyeri saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu nafas	Inspeksi: Jalan nafas bersih, tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi: 20x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan, kedalamam: dalam, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak terdapat darah, Palpasi: Perkusi: normal Auskultasi: suara nafas vesikuler Inspeksi: tidak nyeri saat bernafas, tidak menggunakan alat bantu nafas
Sistem kardiovaskuler	Palpasi: nadi 100x/menit Inspeksi: irama teratur	Palpasi: nadi 84x/menit Inspeksi: irama teratur

	<p>Palpasi: denyut nadi kuat Auskultasi: tekanan darah 130/90 mmhg, distensi vena jugularis: tidak Palpasi: temperatur kulit dingin Inspeksi: warna kulit pucat, edema tidak Inspeksi: kecepatan denyut apical 90x/menit, irama teratur, tidak ada kelainana bunyi jantung, sakit dada tidak.</p>	<p>Palpasi: denyut nadi kuat Auskultasi: tekanan darah 120/80 mmhg, distensi vena jugularis: tidak Palpasi: temperatur kulit hangat Inspeksi: warna kulit pucat, edema tidak Inspeksi: kecepatan denyut apical 70x/menit, irama teratur, tidak ada kelainana bunyi jantung, sakit dada tidak.</p>
Sistem hematologi	Inspeksi: pucat: ya, tidak ada perdarahan.	Inspeksi: pucat: ya, petckie: adanya bintik-bintik merah di tubuh klien ada
Sistem syaraf pusat	Keluhan sakit kepala tidak ada, tingkat kesadaran: compos mentis, Glasgow coma scale (GCS): E: 4, M: 6, V:5, tanda-tanda peningkatan TIK: ya, muntah proyektil, gangguan sistem persyarafan tidak ada, pemeriksaan reflek: reflek fisiologis normal dan reflek patologis normal	Keluhan sakit kepala: pusing, tingkat kesadaran: compos mentis, Glasgow coma scale (GCS): E: 4, M: 6, V: 5, tanda-tanda peningkatan TIK: tidak ada, gangguan sistem persyarafan tidak ada, pemeriksaan reflek: reflek fisiologis normal dan reflek patologis normal
Sistem pencernaan	Inspeksi: gigi tidak ada karies, tidak menggunakan gigi palsu, stomatitis: tidak, lidah tidak kotor, muntah: ya, isi makanan, warna sesuai warna makanan, frekuensi 2x jumlah: ±100 ml, tidak nyeri daerah perut, bising usus 11x/menit, diare: tidak, konstipasi tidak, hepar tidak teraba, abdomen lembek.	Inspeksi: gigi tidak ada karies, tidak menggunakan gigi palsu, stomatitis: tidak, lidah tidak kotor, muntah: tidak ada, tidak nyeri daerah perut, bising usus 12x/menit, diare: tidak, konstipasi tidak, hepar tidak teraba, abdomen lembek.
Sistem endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak ada luka gangrene.	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas berbau keton, tidak ada luka ganggren.
Sistem urogenital	<p>Inspeksi: <i>balance</i> cairan: <i>intake</i>: Minum:1.540 ml Infuse: 2000 ml Air metabolism: 260 ml Makan: ± 100 ml Total: 3.900 ml/hari <i>Output</i>: Urine: ± 3000 ml IWL: 750 ml/hari Muntah ± 150 ml BAB: ±100cc Total: 4.000ml/hari <i>Balance</i> cairan = <i>Intake-output</i>: 3.900ml- 4.000 ml = -100 ml Perubahan pola kemih: BAK:</p>	<p>Inspeksi: <i>balance</i> cairan <i>Intake</i>: Minum: 600cc/hari Infuse: 500cc/hari Makan ±100cc Total: 1.200cc/hari <i>Output</i>: Urine: 700cc/hari IWL: 15x43= 645 Total: 1.345 cc/hari <i>Balance</i> cairan = <i>Intake-output</i> 1100cc-1.345 cc = - 245 cc. Perubahan pola kemih: BAK:</p>

	warna kuning, distensi/ketegangan kandung kemih: tidak, keluhan sakit pinggang: tidak.	warna kuning, distensi/ketegangan kandung kemih: tidak, keluhan Sakit pinggang: tidak.
Sistem integumen	Inspeksi: Turgor kulit, temperatur kulit: dingin, warna kulit: pucat, keadaan kulit gatal-gatal dan memar, kelainan kulit: ya, kulit tampak kering, kondisi kulit daerah pemasangan infus: kemerahan, keadaan rambut Tekstur: baik, kebersihan: ya	Inspeksi: Turgor kulit buruk, temperatur kulit: hangat, warna kulit: pucat, keadaan kulit: baik, kelainan kulit: tidak, kondisi kulit daerah pemasangan infus: baik, keadaan rambut Tekstur: baik, kebersihan: ya

Matriks 5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	Nilai Normal
Lab. Hematologi			
Darah Rutin:			
Hemoglobin	12,8 gr/dl	15,7 gr/dl	P: 13,2-17,3 gr/dl W: 11,7-15,5 gr/dl
Lekosit	6.000 mm ³	3.600 mm ³	P: 3.800-10.600 mm ³ W: 3.600- 11.000 mm ³
Hematokrit	38 %	45 %	P: 40-52%. W: 35-47%
Trombosit	25.000 ribu/mm ³	140.000 ribu/mm ³	150-440 ribu/mm ³

a. Analisa Data

Matriks 6. Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
Klien 1		
Data Subyektif		
1) Klien mengatakan badannya lemas	Hipovolemia	Peningkatan permeabilitas dinding kapiler
2) Klien mengatakan kurang minum, minum hanya 1.540 ml/hari sedangkan kebutuhan cairan tubuh klien 2.000 ml/hari		
Data Obyektif		
1) TD: 100/70 mmhg		
2) Nadi: 78x/menit		
3) Pernafasan: 20x/menit		
4) Suhu: 37°C		
5) K/U lemah		
6) Mukosa bibir kering		
7) Turgor kulit tidak elastis		
8) <i>Intake</i> = 3.600 (minum 1.600 ml, infus 2000 ml)		
9) <i>Output</i> = 4.000 ml muntah ±150 ml (urine ± 3000 ml, IWL: 15x50 = 750 ml/hari, <i>balance cairan intake - output</i> = -400 ml/hari		
10) HB: 12,8 (13,2-17,3 gr/dl)		
11) HT: 38% (40-52%)		

Data Subyektif

- | | | |
|--|------------|----------------------|
| 1) Klien mengatakan nyeri di bagian lutut dan siku tangan. | Nyeri akut | Inflamasi area sendi |
| 2) Klien mengatakan nyerinya timbul saat melakukan aktifitas berlebihan. | | |

Data Obyektif

- 1) Klien tampak meringis menahan nyeri
- 2) Klien tampak memegang bagian yang nyeri
- 3) TD: 140/80 mmhg
- 4) Skala nyeri:6
- 5) Lokasi: di lutut dan siku
- 6) Karakteristik: nyilu

Data subyektif

- | | | |
|---|-------------------|--------------------------------------|
| 1) Klien mengatakan trombositnya sering turun | Risiko perdarahan | Gangguan koagulasi (trombositopenia) |
|---|-------------------|--------------------------------------|

Data Obyektif

- 1) Ptechie positif
Trombosit 25000 ribu/mm³
- 2) Klien tampak lemas

Klien 2**Data Subyektif**

- | | | |
|--|-------------|---|
| 1) Klien mengatakan malas minum air putih, karena kalau banyak minum perut terasa tidak enak, terasa kembung | Hipovolemia | Peningkatan permeabilitas dinding kapiler |
| 2) Klien mengatakan badannya terasa lemas | | |

Data Obyektif

- 1). Mukosa bibir kering
- 2). Mata tampak cekung
- 3). Turgor kulit jelek/tidak elastis
- 4). Nadi: 70x/menit
- 5). TD: 110/90mmhg
- 6) *Intake* = 1100ml/hari (Minum: 600 ml, infus: 500ml), *output* = 1.345ml/hari (urine: 700cc, IWL: 645ml) *balance cairan intake-output*= -245
- 7) HB: 15,7 gr/dl
- 8) HT: 45 %
- 9) Trombosit: 140.000

Data Subyektif

- | | | |
|---|-------------|-----------------------------|
| 1). Klien mengatakan demam sejak 5 hari yang lalu | Hipertermia | Proses infeksi virus dengue |
| 2). Klien mengatakan demamnya hilang timbul | | |
| 3). Klien mengatakan pusing | | |

Data Obyektif

- 1). Suhu: 40°C
- 2). Badan teraba hangat
- 3). Trombosit:140.000

Data Subyektif

- | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|
| 1) Klien mengatakan tidak ada mimisan | Risiko perdarahan | Gangguan koagulasi (trombositopenia) |
| 2) Klien mengatakan ada bintik-bintik merah di badan | | |

Data Obyektif

- 1). K/U lemah
- 2). TTV: TD: 100/70 mmhg,
Nadi: 78x/menit
Hasil uji tourniquet positif terdapat ptechie
- 3) Hasil Lab:
 - HB: 15,7 gr/dl (N: 11,7-15,5 gr/dl)
 - HT: 45% (N: 35-47 %)
 - Trombosit: 140.000 (N: 150-440 ribu/mm3)

b. Diagnosis Keperawatan

Matriks 7. Diagnosis Keperawatan

Data	Masalah	Etiologi
Klien 1		
Data Subyektif		
1). Klien mengatakan badannya lemas	Hipovolemia	Peningkatan permeabilitas dinding kapiler
2). Klien mengatakan kurang minum, minum hanya 1.540 ml/hari sedangkan kebutuhan cairan tubuh klien 2.000 ml/hari		
Data Obyektif		
1). TD: 100/70 mmhg		
2). Nadi: 78x/menit		
3). Pernafasan: 20x/menit		
4). Suhu: 37°C		
5). K/U lemah		
6). Mukosa bibir kering		
7). Turgor kulit elastis		
8). Muntah 2x ±150 cc		
9). <i>Intake</i> = 3.900 (minum 1.540 ml, infus 2000 ml, air metabolisme 260 ml, makan ±100 ml)		
10). <i>Output</i> = 4.000(urine ±3000 ml,IWL 15x50 = 750 ml/hari, Muntah ±150 ml, BAB: ±100 cc <i>Balance cairan intake-output</i> = -100		
11). HB: 12,8 (13,2-17,3 gr/dl)		
12). HT: 38 % (40-52 %)		
13). Trombosit: 25000 (150-440 ribu/mm3)		
Data Subyektif		
1). Klien mengatakan nyeri di bagian lutut dan siku tangan	Nyeri akut	Inflamasi area sendi
2). Skala nyeri: 6		
3). Lokasi: di lutut dan siku		
4). Karakteristik: ngilu		
Data Obyektif		
1). Klien tampak meringis menahan nyeri		
2). Klien tampak memegang bagian yang nyeri		
3). TD: 140/80 mmhg		

Data subyektif 1) Klien mengatakan trombositnya sering turun	Risiko perdarahan	Gangguan koagulasi (trombositopenia)
Data Obyektif Ptechie positif 1) Trombosit 25000 ribu/mm ³ 2) Klien tampak lemas		
Klien 2		
Data Subyektif 1). Klien mengatakan malas minum air putih karena kalau banyak minum perut terasa tidak enak, terasa kembung 2). Klien mengatakan badannya terasa lemas	Hipovolemia	Peningkatan permeabilitas dinding kapiler
Data Obyektif 1) Mukosa bibir kering 2) Mata tampak cekung 3) Turgor kulit jelek/tidak elastis 4) Nadi: 70x/menit 5) TD: 110/90 mmhg 6). <i>Intake</i> = 1100ml/hari (Minum: 600ml, infus: 500ml), <i>output</i> = 1.345ml/hari (urine: 700cc, IWL: 645ml) <i>balance</i> cairan <i>intake-output</i> = -245 7) HB: 15,7 gr/dl 8) HT: 45 % 9) Trombosit: 140.000		
Data Subyektif 1). Klien mengatakan demam sejak 5 hari yang lalu 2). Klien mengatakan demamnya hilang timbul 3). Klien mengatakan pusing	Hipertermia	Proses infeksi virus dengue
Data Obyektif 1). Suhu: 40°C 2). Badan teraba hangat 3). Trombosit: 140.000		
Data Subyektif 1). Klien mengatakan tidak ada mimisan 2). Klien mengatakan ada bintik-bintik merah di badan	Risiko perdarahan	Gangguan koagulasi (trombositopenia)
Data Obyektif 1). K/U lemah 2). TTV: TD: 100/70 mmhg, Nadi:78x/menit 3) Hasil Lab: - HB: 15,7 gr/dl (N: 11,7- 15,5 gr/dl) - HT: 45% (N: 35-47%) - Trombosit: 140.000(N: 150-440s ribu/mm ³)		

b. Perencanaan Keperawatan

Dalam perencanaan keperawatan peneliti membuat rencana sesuai dengan prioritas masalah yaitu: hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler, karena klien yang mengalami hipovolemia dapat mengancam nyawa dan dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik di mana jantung tidak mampu memasok darah yang cukup keseluruh tubuh akibat volume darah yang kurang. Kurangnya pasokan darah umumnya dipicu oleh pendarahan, bila terjadi pendarahan yang hebat, otomatis pasokan darah yang dipompa oleh jantung akan berkurang secara drastic dan organ-organ dalam tubuh tidak dapat berfungsi dengan baik. Jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat, kondisi tersebut dapat menyebabkan kematian. Jika terdapat perbaikan klinis (pengisian kapiler dan perfusi perifer mulai membaik, tekanan nadi melebar), jumlah cairan dikurangi dan secara bertahap diturunkan tiap 4-6 jam sesuai kondisi klinis dan laboratorium. Lakukan pengamatan yang ketat, teliti cermat secara periodik. Langkah selanjutnya setelah menetapkan prioritas masalah adalah menetapkan tujuan dan Kriteria hasil. Adapun tujuan yang penulis susun untuk diagnosis tersebut adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan teratasi dengan KH: klien sudah minum 2000ml/hari, mukosa bibir lembab, mata tidak cekung, turgor kulit elastis, TTV dalam batas normal. TD: 120/80 mmhg, suhu: 36°C-37°C, nadi: 60-100x/menit, RR: 16-20x/menit.

Berdasarkan teori perencanaan yang akan dilakukan pada pasien dengan hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler. Monitor *intake* dan *output* klien, observasi TTV, monitor warna kulit dan suhu kulit, monitor mukosa bibir, kolaborasi pemberian cairan intravena berupa kristaloid, ringer laktat, ringer asetat, dan koloid yang mempunyai berat molekul yang tinggi seperti plasma, berikan oksigen nasal 2-4 liter/menit, anjurkan klien untuk banyak minum air putih. Pada perencanaan penulis tidak ditemukan kesenjangan antara prioritas diagnosis

keperawatan secara teori dan kasus yaitu hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler, sedangkan pada tujuan ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori yaitu tujuan yang ada di teori tidak ada kriteria waktunya, sedangkan di kasus penulis menyusun tujuan disertai kriteria waktu yaitu selama 3x24 jam, untuk kriteria hasil pada kasus sudah sesuai teori di mana sudah sesuai dengan kondisi klien, penyusunan antara intervensi teori dan kasus sudah sesuai, di mana penulis memodifikasi intervensi dan menambahkan intervensi dari hasil penelitian orang lain (*evidence based practice*).

c. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan diagnosis prioritas yang dilakukan kepada kedua klien Ny. K dan Tn. A disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil, tindakan mandiri yang dilakukan dengan kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah dibuat yaitu: memonitor *intake* dan *output*, mengobservasi TTV, menganjurkan klien minum, dan kolaborasi pemberian cairan intravena. Berdasarkan teori yang didapatkan oleh peneliti tindakan yang dilakukan pada pasien dengan hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler meliputi tindakan keperawatan *independent* atau mandiri dan *interdependent* atau kolaboratif. Tindakan keperawatan *independent* yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau profesi kesehatan lainnya. Tipe dari aktifitas yang dilaksanakan perawat secara *independent* didefinisikan berdasarkan diagnosis keperawatan. Interdependen atau kolaboratif yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dengan profesi kesehatan lainnya, seperti tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter. Menurut peneliti ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori di mana pelaksanaan di fakta tidak sama dengan teori yaitu interdependen atau kolaboratif yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dengan profesi kesehatan lainnya, seperti tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

d. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi diagnosis prioritas masalah keperawatan yaitu peneliti melakukan evaluasi pada kedua klien Ny. K dan Tn. A dengan diagnosis hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler, pada pasien pertama masalah teratasi sehingga intervensi dihentikan, dan pada pasien kedua masalah tidak teratasi sehingga intervensi dilanjutkan. Pada pasien pertama ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan minumnya 2.000 ml/hari, *intake* dan *output* seimbang, $intake-output = 3.850-3.850 = 0$, *balance* cairan 0, badannya tidak hangat lagi, tidak pusing lagi, dan data objektifnya: suhu: 36°C dan pada pasien kedua ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan minumnya 1.000 ml/hari, *intake* dan *output* tidak seimbang, $intake-output = 2.600ml - 2.654ml = -45$, jadi *balance* cairan -45, badannya masih teraba hangat, objektif: Suhu: 37,8°C.

Berdasarkan teori yang didapatkan oleh penulis bahwa diagnosis keperawatan hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler dikatakan teratasi berdasarkan kriteria hasil yaitu: suhu tubuh dalam rentang normal (36,5°C-37,5°C), nadi dan RR dalam rentang normal (N: 60-100x/menit dan RR (12-20x/menit), tidak ada perubahan warna kulit, tidak pusing dan tidak ada tanda-tanda shock dan dehidrasi. Menurut peneliti ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta, yaitu suhu tubuh yang masih tinggi 37,8°C menandakan bahwa masih terjadi demam. Hal ini didukung oleh penelitian Julia, 2012 bahwa demam adalah keadaan di mana terjadi kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada etiologi yaitu adanya genangan air yang menjadi tempat pembiakan nyamuk *aedes aegypti*, lalu nyamuk *aedes aegypti* hinggap di pakaian yang digantung. Diagnosis keperawatan yang sama pada kedua pasien yaitu hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler.

Perencanaan yang dilakukan pada kedua pasien untuk memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh klien: Menganjurkan klien banyak minum 1.500-2.000 ml dan kolaborasi pemberian cairan intravena yaitu RL 20 tpm, dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x24 jam klien menunjukkan tidak ada tanda-tanda syok, tidak ada dehidrasi.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah dibuat yaitu mengkaji *intake* dan *output* klien, menganjurkan klien minum 1.500-2.000 ml/hari, kolaborasi: pemberian cairan intravena.

Evaluasi pada kedua pasien dengan diagnosis keperawatan hipovolemia berhubungan dengan peningkatan permeabilitas dinding kapiler, masalah pada pasien pertama teratasi dan masalah pada pasien kedua tidak teratasi, sehingga intervensi pada pasien pertama dihentikan sedangkan pada pasien kedua intervensi dilanjutkan.

Saran

Diharapkan bagi perawat ruangan agar perlu memberikan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga, dan bagi institusi pendidikan agar dapat menambah referensi yang mendukung untuk penelitian tentang dengue haemorrhagic fever selanjutnya.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada dr. Didik Kestito, Sp.U selaku Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta dan Achmad Fachrudin Nurzaman, Amd.Kep selaku Kepala Ruang Garuda RSAU dr. Esnawan Jakarta.

Daftar Pustaka

- Ardiansyah, Muhamad. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Banguntapan Jogjakarta: Diva Press.
- Atoilah, Mohamad Elang dan Kusnadi, Engkus.(2013). *Askep Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia*. In Media.
- Aru, Sudoyo, dkk (2009). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa*

- Medis & Nanda Nic – Noc*. Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta: Medication
- Carpenito. 2006.. Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 8. (terjemahan). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Najmah.(2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: KTD.
- Nanda. 2014. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Rohmah N, Walid S. (2010). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Ar-ruzz. Media: Yogyakarta.
- Soedarto. (2012). *Demam Berdarah Dengue (Dengue Haemorrhagic Fever)*. Jakarta: Sagung Seto (SS).
- Wijayaningsih, Sari, Kartika. (2013). *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media.
- Harjum, Syamsul. (2014). *Asuhan Keperawatan Lengkap*, diakses dari <http://asuhankeperawatan05.blogspot.co.id/2014/01/intervensi-dan-rasional-kejang-demam.html> pada tanggal 20 Mei 2018/pukul 17:00 WIB.
- Robby S Jarot (2016). *Asuhan Keperawatan Dengue Haemorrhagic Fever*, diakses dari <http://askep2016.blogspot.co.id/2016/08/ccontoh-kti-penyakit-dhf-pada-bab-12-dan.html> Pada tanggal 20 Maret 2018/pukul 19:00 WIB